All'onorevole Prof. Pio Foà
Omaggio dell'autore

STUDIO ANATOMO-ISTOLOGICO

SOPRA

UN SARCOMA OSTEOIDE CAVERNOSO

ED UN CANCROIDE

GT

166

pel dott. ANTONIO CONTI

Membro del Collegio Medico Chirurgico
Settore nel Gabinetto di anatomia Patologica
Incaricato della Patologia Generale
nell'Università di Sassari

SASSARI
TIPOGRAFIA AZUNI
1878.

STUDIO ANATOMO-ISTOLOGICO

SOPRA

UN SARCOMA OSTEOIDE CAVERNOSO

ED UN CANCROIDE

pel dott. ANTONIO CONTI

Membro del Collegio Medico Chirurgico
Settore nel Gabinetto di Anatomia Patologica
Incaricato della Patologia Generale
nell'Università di Sassari

SASSARI
TIPOGRAFIA AZUNI
[illegible]

STUDIO ANATOMO-ISTOLOGICO

SOPRA

UN SARCOMA OSTEOIDE CAVERNOSO

ED UN CANCROIDE

pel dott. ANTONIO CONTI

Membro del Collegio Medico Chirurgico
Settore nel Gabinetto di anatomia Patologica
Incaricato della Patologia Generale
nell'Università di Sassari



SASSARI
TIPOGRAFIA AZUNI

—

1878.

Lungo il [illegible] ove è im-
partito l'insegnamento [illegible], non fu infrequente l'occasione
di studiare d[illegible] e più volte
avete [illegible] di esse.
Certamente [illegible] perspicacia la
grande difficoltà che circonda la diagnosi dei neoplasmi, dif-
ficoltà che vi apparirà maggiore quando consideriate che molte
questioni relative ai tumori si collegano con tutta la pato-
logia, e che, senza idee esatte e nette di anatomia generale
e d'istologia patologica, non potrà mai acquistarsi una chiara
intelligenza dei medesimi. [illegible] questo studio può met-
tervi in grado di comprendere i caratteri biologici dei tumori
e le varie maniere della loro genesi e struttura; solo con
questo indirizzo potrete elevarvi scientificamente alla nozione
clinica dei neoplasmi.

Quando potrete fare un po' di storia dei tumori ed esporne
le varie classifiche, rileverete in quale mare di errori si spa-
ziava per lo passato, [illegible] il [illegible]
il linguaggio stesso [illegible]. Non
perciò sono distrutte le [illegible], ed ancora oggi si ripete da
taluno che, studiati i neoplasmi sul fondamento della nuova

AGLI STUDENTI DI CLINICA

Lungo il vostro corso pratico, nell' ospedale ove è impartito l'insegnamento ufficiale, non fu infrequente l'occasione di studiare diverse neo-formazioni patologiche, e più volte avete potuto assistere alla esportazione di alcune di esse. Certamente non è sfuggita allora alla vostra perspicacia la grande difficoltà che circonda la diagnosi dei neplasmi, difficoltà che vi apparirà maggiore quando consideriate che molte questioni relative ai tumori si collegano con tutta la patologia, e che, senza idee estese e nette di anatomia generale e d'istologia patologica, non potrà mai acquistarsi una chiara intelligenza dei medesimi. Infatti solo questo studio può mettervi in grado di comprendere i caratteri biologici dei tumori e le varie maniere della loro genesı e struttura; solo con questo indirizzo potete elevarvi scientificamente alla nozione clinica dei neoplasmi.

Quando potrò fare un po' di storia dei tumori ed esporne le varie classifiche, rileverete in quale mare di errori si spaziava per lo passato, quando per mancanza di base scientifica il linguaggio stesso riesciva peggio che inintelligibile. Non perciò sono attutite le dispute, ed ancora oggi si ripete da taluno che, studiati i neoplasmi sul fondamento delle nuove

dottrine, s' incorra nel difetto di classifiche non rispondenti ai bisogni della clinica. Io credo che il capitolo sulle neoformazioni, creato di pianta su basi anatomiche, sia il portato più splendido della scienza moderna, la quale, si può dire, compendia in esse le dottrine della nuova era medica.

Quando si esporta un tumore e se ne imprende lo studio istologico, altro non si fa che porne a riscontro i caratteri clinici con i caratteri anatomo-patologici. È questo un sindacato che rettifica spesso un errore diagnostico, e che abituando a vedere i rapporti fra le forme elementari e le forme nosografiche, illumina il giudizio, e perfeziona il criterio necessario alla conoscenza delle varie neo-formazioni patologiche.

Per queste ragioni credo rendervi un'utile servizio, richiamando la vostra attenzione sui risultati ottenuti dall'esame istologico eseguito sopra due tumori operati in questa clinica: un sarcoma osteoide cavernoso ed un epitelioma.

SARCOMA OSTEOIDE CAVERNOSO

Contana Giuseppa, d'anni 21, da Bitti, viene accolta il 5 maggio 1875 nella sezione chirurgica dell'ospedale di Sassari per voluminoso tumore alla parte posteriore del collo.

È giovane di regolare sviluppo scheletrico, di buona costituzione, nè sa d'aver mai sofferto malattia di qualche entità. Riferisce che da dieci anni circa avvertì una piccola tumefazione nella regione ove ora osservasi la neoplasia, tumefazione che crebbe gradualmente ed in limitate proporzioni fino ad alcuni mesi fanno, quando in seguito all'applicazione di un setone che traversava il tumore nella sua metà, questo assunse un rapido sviluppo fino a raggiungere l'attuale volume che è quello di una testa di feto. È dopo avere esaurito infruttuosamente le cento risorse statele consigliate che si decise a chiedere ricovero e cura nell'ospedale.

Esaminando il tumore, questo, a guisa di una mezza sfera, ricuopre tutta la parte posteriore del collo, occupando lo spazio compreso, verticalmente fra l'occipite e la terza vertebra cervicale, trasversalmente fra le due apofisi mastoidee. La cute che ricuopre il tumore è poco mobile, di colore normale, presenta due aperture infossate e circondate

da tessuto cicatriziale per le quali passava il setone tuttora esistente nel tramite praticato. Il tumore è immobile, di consistenza dura, di superficie uguale, è affatto indolente ed obbliga l'ammalata a flettere il capo allo innanzi. La figura del tumore si può rilevare dalla tav. 1ª, e fu disegnata dal litografo Dessena qualche giorno innanzi all'eseguimento dell'operazione.

Decisa la esportazione del tumore, questa venne eseguita ai 15 di maggio dal direttore della clinica. Dopo sette ore dalla operazione l'ammalata morì.

Autopsia.

Nell'eseguire l'autopsia si ottenne il seguente reperto: Tutti gli organi delle cavità in stato normale. I muscoli della regione superficiale e profonda della parte posteriore del collo, assottigliati e degenerati, si trovavano al disopra del tumore, compressi cioè tra questo e la cute. L'osso occipitale, in quasi tutta la sua estensione, appare fortemente depresso in modo da somigliare una larga piastra orizzontale applicata contro il cervelletto. Quest'osso è ingrossato, nella sua superficie posteriore irregolare per depressioni ed elevatezze, ed in quella porzione che corrisponde alla fossa inferiore sinistra presenta una apertura, della forma ed estensione d'un uovo di piccione, diretta obliquamente d'alto in basso e dallo interno all'esterno, circoscritta nel triangolo compreso tra la protuberanza occipitale esterna, il processo mastoideo ed il processo condiloideo occipitale sinistri. Una linea che partendo dalla protuberanza occipitale esterna vada a raggiungere l'apofisi mastoidea sinistra, taglia quest'apertura quasi per lo mezzo e nel suo grande diametro. La dura madre cerebellare ap-

pare scoperta da questo foro, è sospinta all'interno ed incrostata di laminelle ossee; esaminata dalla parte interna del cranio ha l'apparenza del segmento convesso di un mezzo uovo. I bordi della circonferenza del foro osseo sono ingrossati, disuguali e frastagliati da creste che circoscrivono dei solchi e delle escavazioni di diversa forma e grandezza. Tutto l'arco posteriore dell'atlante è distrutto, e questa vertebra è per circa tre centimetri allontanata dall'osso occipitale; per la quale disposizione la scatola del cranio è così fortemente flessa allo innanzi, che l'asse occipito-mentoniero va quasi a cadere sulla base dello sterno. L'apofisi spinosa dell'epistrofeo è spinta in basso e presenta irregolari e corrose le dentellature del suo apice. Per tali distruzioni e conformazioni ossee, la dura meninge spinale trovasi scoperta per una lunghezza di sette centimetri e per una larghezza di tre; la parte superiore di essa così posta a nudo, corrisponde alla porzione inferiore della midolla allungata

Esame del tumore.

La superficie esterna della massa esportata appare sempre globosa, la cute è ispessita, sulla superficie del derma esiste un denso strato biancastro costituito da sostanza muscolare, fibrosa e grassa. La parte interna della neo-plasia è formata da una sostanza di media consistenza, simile ad una finissima spugna, di colore rosso carneo ed avente tutto l'aspetto d'un tessuto erettile. Praticate dalle sezioni sul tumore in diverse direzioni, si trovò che era intersecato da molteplici espansioni connettivali dalle quali veniva come lobulato. Sparse per entro alla sostanza spugnosa si vedeano numerosissime cellette entro alle quali erano in-

nicchiati dei corpiccioli di consistenza ed apparenza ossea, di forma sferica, oblunga, accuminata, contorta, e che variavano dal volume di un grano di miglio a quello di un grano di cece. Numerosi frammenti ossei erano pure impigliati nella sostanza propria del tumore, alcuni dei quali erano minutissime scheggie, altri pezzi della lunghezza di due centimetri, irregolari, angolosi, frangiati, sparsi di creste e di incavature e grandemente consistenti. Dense fibre connettivali erano di sostegno a questi frammenti ossei.

Sottoposte all'esame microscopico le diverse parti del tumore, abbiamo notato:

Nella sua parte centrale cellule piccole, generalmente rotonde, in alcuni punti fusiformi e fascicolate, con membrena delicata e protoplasma granuloso. Le cellule contengono tutte un nucleo chiaro e sono divise da una sostanza finissima intercellulare fibrata la quale si ramifica in diverse direzioni unendo fra loro questi elementi. In alcuni punti la sostanza intercellulare è amorfa. Vi ha grande prevalenza degli elementi sulla sostanza intercellulare, mancanza di uniformità di essi nei diversi punti del tumore e prevalenza della forma globo cellulare. Dei setti connettivali dividono il tumore in lobuli, e su questi setti vedonsi sparse cellule sarcomatose. La neoplasia ha una ricchissima circolazione centrale: un numero grandissimo di spazii cavernosi, di varia forma e grandezza, circoscritti da setti fibrosi, sono sparsi così abbondantemente nel tumore da rappresentarne la maggiore superficie. Questi spazii sono per lo più ripieni di sangue, alcuni però ve ne ha vuoti o parzialmente occupati da globuli sanguigni. Non ho potuto distinguere speciali elementi nelle pareti di queste caverne, e penso quindi che, anzichè delle vene, rappresentino una canalizzazione autonoma della neoplasia stessa. In alcuni tratti si osservano degli elementi stellati, alcuni dei quali nucleati e provvisti

di canali protoplasmatici (tessuto osteoide). Nei frammenti ossei le laminelle e i canali di Havers non hanno un disegno perfetto, nè sono completamente formati. I globuli rotondi e duri che ho descritto, sono formati da strati concentrici, e trattati con l'acido azotico e con l'acido solforico, risultano costituiti da materia calcare. Nello strato superficiale del tumore si nota un denso tessuto fibroso, il quale in alcuni punti avea l'apparenza del fibroma, in altri era costituito da fibre larghe e diafane con elementi cellulari distanti, fusiformi e comunicanti fra loro con lunghi canali protoplasmatici. Si vedeano inoltre ricche maglie di tessuto cellulo adiposo ed assai numerosi fasci di fibre muscolari striate invase da atrofia e da degenerazione grassa.

Il sarcoma è un tumore il più anticamente conosciuto, e nel tempo stesso quello sul quale sonosi fatte le maggiori questioni. Certamente ne è causa la varia forma clinica che possono assumere i sarcomi, le varie gradazioni di consistenza che possono presentare ed i risultati diversi che sogliono dare allo esame istologico. Infatti dal tumore gelatiniforme (collonema di Müller), al tumore più duro (sarcoma fibrato); dal sarcoma indolente, all'*irritable tumor* di Cooper, fomite dei più fieri dolori, questo neoplasma può presentare tutte le gradazioni intermedie di fenomeni obbiettivi e subiettivi. È perciò che una prima difficoltà si trovò nell'accordarsi sulla denominazione, e lo si appellò tumore fibroso albuminoide (Müller), fibro plastico (Lebert), embrio plastico e a mieloplaxi (Robin), *recurring fibroid* (Paget), plasmoma (Follin), *fibro nucleated tumours* (Bennett), ed alcune varietà di esso, glioma e psammoma (Virchow), sorcoma *tele angiectodes*, sarcoma *haemorragicum*, ecc. ecc. Rindfleisch considera la neoformazione in-

fiammatoria come l'abbozzo del sarcoma, concetto che collima con l'altro che fa consistere il sarcoma in un tessuto appartenente alla serie evolutiva delle sostanze connettive. Cornil e Ranvièr lo dicono senz'altro costituito da tessuto embrionale. Si ebbero quindi il sarcoma a cellule piccole e rotonde (granulo sarcoma - sarcoma parvicellulare), a cellule fusiformi (fusicellulare - fibrocellulare), a cellule colossali (magni cellulare - giganti cellulare - mieloplaxi), a cellule reticolari (mucoso), l'alveolare, l'osteoide, il melanotico, il midollare, del quale abbiamo un bellissimo tipo nel nostro Gabinetto di Anatomia normale (scheletro osseo di sarcoma midollare). Come intendete, bisogna avere a questo riguardo idee molto esatte onde sapere quale struttura del tumore corrisponda alle varie denominazioni che ha ricevuto.

Altra e maggiore difficoltà incontrasi nella diagnosi clinica. Billroth narra il caso di un sarcoma addominale tolto per un furunculo. Fra le molte storie che potrei citarvi a conferma di questa verità, voglio sceglierne una riportata dal Sangalli:

« Una donna ricorreva all'ospedale Maggiore di Mi-
« lano per un tumore che si manifestava al vertice, come
« se un vetro di orologio fosse applicato per il suo mar-
« gine sulla cute: esso era teso, elastico, apparentemente
« fluttuante, ricoperto dalla cute normale. Alla sua peri-
« feria si sentiva colle dita un contorno osseo poco palese.
« Si era sviluppato lentamente, senza fenomeni cerebrali.
« Fu creduto un' ateroma del cuoio capelluto, non scopren-
« dovisi pulsazione veruna. Per la cura si faceva un taglio
« crociato sulla cute del tumore: sentitosi al di sotto qualche
« cosa di molle vi si praticò una incisione credendo di dare
« uscita alla materia della ciste, e col dito si penetrò fino
« alla dura madre cui si venne per la superficie interna

« dell'ossatura. Si tralasciò ogni altra operazione, e l'am-
« malata con sintomi di meningite grave morì alcuni giorni
« dopo. Anche quì il tessuto morboso era aderente alla
« sottoposta dura madre, non però in modo che si potesse
« crederlo da essa dipendente. »

Oggi si ritiene il sarcoma come analogo al tessuto embrionale, ma siccome tutti i varii elementi cellulari possono entrare a modificare la struttura e la biologia di questo tumore, ne viene che può presentarsi sotto forme diverse ed assumere molteplici aspetti. E di tutte queste modalità del sarcoma occorre vi acquistiate una esatta conoscenza, perocchè sia questa una neoformazione patologica di qualche frequenza, e di fronte alla quale vi troverete spesso nel vostro pratico esercizio.

Occorre però dire che quella specialità di sarcoma dal quale era affetta la nostra ammalata è certamente fra le più rare forme di tumori, se vogliamo aver considerazione alla sua struttura mista, alle devastazioni arrecate ed alle parti vitalissime dei centri nervosi che avea messo allo scoperto. Nella letteratura anatomo-patologica un tumore simile a questo è descritto da Lebert (*Phisiologie Pathologique*). *Cette tumeur*, così egli scrive, *avait eu son siége à la surface du crâne. Au milieu de la substance on aperçoit des morceaux qui offrent la dureté des ossifications anormales. On y reconnait et un tissu aréolaire, rappelant le tissu spongieux, et les corpuscules propres à la substance osseuse.*

Circa l'etiologia di questo tumore siamo perfettamente al buio. Infatti non può trovarsene la ragione in traumi precedenti, non in disposizioni anormali della località, non in discrasie bene accertate. Bisogna quindi far capo ad uno stimolo specifico proveniente dall'organismo medesimo, concetto questo carezzato oggi da Billroth, ac-

cettato da Rindfleisch ed ammesso dalla maggior parte dei patologi. Questo fatto non ha importanza per la pratica, ma vale a farvi intendere che le teorie localizzatrici non possono sempre applicarsi ai tumori, i quali hanno molte volte un' importanza costituzionale. Nella scuola dello Chrön io intesi più volte da questo professore ripetere che nello studio dei tumori bisogna spesso far capo alle teorie umorali. Però quando anche noi fossimo riusciti a trovarne la causa in uno stimolo, in una irritazione, non avremo perciò raggiunto che un magro risultato, poichè non conosciamo la ragione, nè il modo, nè il tempo in cui le cagioni delle flogosi croniche si differenziano dalle cause dello sviluppo dei tumori. Si può dire di più che il concetto anatomico del tumore non è il suo concetto patologico. Ciò dimostri quanto siamo ancora lontani dall'avere una dottrina fisio-patologica delle neoformazioni. La classifica moderna segnò, è vero, un gran progresso, perchè al concetto indeterminato di tumore, ne sostituì un altro che racchiude la cognizione istologica, curativa e prognostica; non perciò la dottrina delle neoplasie è completa, ed il capitolo dei tumori continua ad essere tuttora lo *scoglio* dei medici.

Non è opera sempre facile lo stabilire la genesi di un tumore, poichè le modificazioni intrinseche che avengono nelle diverse fasi evolutive e le frequenti sostituzioni di tessuti, possono lasciare dei dubbi sull'ordine di successione dei fatti. Nel tumore che forma oggetto del nostro esame io credo che il punto di origine debba ricercarsi nello strato inferiore del periostio dell' osso occipitale, ricco in vasi a differenza dello strato superiore fibroso. È infatti in questo caso che l'osso va ad essere depresso fino dal primo sviluppo della neo-formazione, e che assimilando una parte del sangue della ricca circolazione lo-

cale, s'ipertrofizza e s'ispessisce. Se questo tumore fosse nato dalla diploe, la devastazione ossea sarebbe stata probabilmente più estesa, e l'osso espandendosi avrebbe ricoperto il neoplasma alla guisa di guscio sottilissimo. Il periostio poi, anzichè distrutto, sarebbesi trovato proliferante. Nel primo periodo il tumore era probabilmente costituito da una media proliferazione degli elementi preesistenti nel tessuto periosteo; nei periodi successivi però, ed in quello specialmente di efflorescenza, gli elementi si modificarono, e vi si associò il tessuto sarcomatoso il quale soprafece e sostituì il primitivo tessuto.

Dei caratteri biologici del tumore noi non possiamo studiare che quelli relativi al crescimento, poichè l'esportazione del tumore prima di ogni metastasi locale e a distanza, e la seguita morte dell'inferma, ne tolgono di poter dire delle ulteriori contingenze di questa neoplasia. La evoluzione di questo tumore deve dirsi lenta, poichè lento è a ritenersi il decorso di un sarcoma che impiega dieci anni a svolgersi. Il suo modo di crescere fu in principio a sviluppo successivo, e come avviene dei tumori benigni; negli ultimi mesi però lo sviluppo fu rapido, ed a ciò ha potuto contribuire la irritazione portatavi dal passaggio del setone. Certamente questo sbalzo nel crescimento è legato a cambiamenti intrinseci avvenuti nella parte specifica della neoplasia, ed al passaggio ad una nuova fase che avrebbe condotto alla ulcerazione ed alla cachessia, non potendo il sarcoma sottrarsi alla legge generale di relazione tra sviluppo e regresso.

La prognosi di questo tumore dovea essere gravissima. Gli osteosarcomi periferici o i sarcomi periostei che possiedono una struttura granulare con tessuto osteoide, dimostrano una grande malignità. È vero che la presenza dei sali calari nei tumori è spesso una garanzia contro la

malignità; ma se ciò è esatto per gli osteofiti, non si può credere lo stesso dei sarcomi osteoidi. Già la ricchezza degli elementi cellulari e l'abbondante circolazione centrale collocano questo tumore fra i maligni. Non si conosce che un solo esempio di risoluzione di un tumore sarcomatoso in seguito ad eresipela della pelle sulla quale erasi formato (Tommasi-Crudeli).

Il tumore che abbiamo studiato avrebbesi potuto chiamare osteo-sarcoma, poichè secondo Virchow tale è ogni tumore che abbia tendenza ossifica. Noi riserviamo questa denominazione ai sarcomi di genesi ossea, e li chiamiamo osteoidi solo quando abbiano una fasi ossifica necessaria, da qualsiasi tessuto nascano. L'esuberanza di neologismi nel capitolo dei tumori, è uno fra i più sentiti incomodi per colui che s'inizia allo studio di essi, specialmente perchè non sempre agli stessi nomi si fa corrispondere un eguale concetto; a nessuno deve quindi sembrare superfluità il fissare il significato netto dei nomi e delle idee che si vogliono esprimere quando si tratti di neoformazioni.

Alla autopsia non si ritrovò riproduzione di processo in nessun organo o tessuto. Ciò è notevole perchè poteva avvenire che malgrado la mancanza di ogni segno d'infezione locale, fossero avvenuti dei fatti metastatici a distanza, preferendo il sarcoma alla via dei linfatici quella delle vene pel processo di infezione. Semprechè un sarcoma data da lungo tempo si ha ragione a temere possibili trapiantamenti in organi lontani. Le sue cellule, come quelle di altre neoformazioni patologiche, possiedono un alto grado di autonomia: vuol dire che trapiantate in alro tessuto vi germogliano, proliferano e vi ripetono il processo. Avviene insomma una vera colonizzazione morfologica già dimostrata sperimentalmente da Weber e dà Langebek, e posta fuori di contestazione dal fatto del cancro

cutaneo con ripetizione di processo nelle glandole ed esistenza in esse delle cellule epiteliali dello strato di Malpighi. La teoria della migrazione e del moto amebiforme delle cellule viene in appoggio di queste idee, e l'innesto cutaneo di Reverdin ha illustrato e confermato questo principio scientifico. Voi ricorderete come durante quest'anno, sopra un ammalato degente in clinica con larga piaga alla faccia, io abbia trapiantato nel mezzo della superficie granulante una porzione di cute tolta dal braccio dello stesso infermo. Quel trapiantamento epidermico riuscì, e dopo pochi giorni avete osservato formarsi nel punto dell'innesto un'isola epidermica che si estese rapidamente fino a raggiungere i bordi della cicatrice marginale. Lo stesso potere germinativo è posseduto dalle cellule di neo-formazione patologica.

La povertà in linfatici del sarcoma e la lentezza che ne deriva nel movimento dei succhi nutritizii, ha gran parte e può spiegare la precipitazione dei sali calcari osservati nel nostro tumore, al quale fatto ha pure contribuito la relativa abbondanza di questi sali per la grande irrigazione sanguigna locale. Le produzioni calcaree sogliono nascere a spese della sostanza midollare o del periostio, e questa trasformazione incomincia dalla sostanza fondamentale, in modo che le loggette ed i corpuscoli calcarei che abbiamo osservato (tav. IV, fig. 2.), sono i rappresentanti delle cellule e delle cellette ove erano prima gli elementi della neoplosia.

I frammenti ossei che abbiamo rinvenuti si devono a trasformazione di tessuto. Il trovarsi essi non alla superficie, ma sparsi ed impigliati nella sostanza propria della neoplasia, non che la sproporzione fra la grande quantità di questi frammenti e quella delle ossa usurate, depone in questo senso. Si conosce d'altronde che la tendenza alle

produzioni ossee risponde alla sarcomatosi delle superficie ossee.

Nell'esame del tumore abbiamo pure notato come le sezioni cellulari fossero intersecate e divise in lobi da setti connettivali. La forma lobata è la struttura ordinaria del sarcoma, però circa la genesi della lobazione non vi è accordo fra gli anatomo-patologi. Virchow opina che ad ogni lobo corrisponda un nuovo fatto d'infezione locale; Chrön vuole invece che il fatto debba attribuirsi a disuguaglianza di sviluppo nei diversi punti per disuguaglianza dello stimolo e della reazione degli elementi cellulari

Nella autopsia avete osservato come il tumore spingesse la dura madre nella cavità del cranio, esercitando una rilevante compressione sul cervelletto, e tutto ciò senza che in vita si avesse avuto alcun indizio di simile lesione, essendosi conservati sempre normali gli atti funzionali della sensibilità e del movimento. Questa osservazione non è nuova, poichè il cervello può andare soggetto anche a distruzioni parziali, e le funzioni dipendenti da esso conservarsi perfettamente integre. Velpeau cita il caso di un individuo il quale godette nella vita il possesso di tutte le sue funzioni e che all'autopsia presentò scomparsa, per tumore del cervello, tutta la parte anteriore degli emisferi cerebrali. Smoler cita un fatto simile. Combette pubblicò un caso di totale mancanza del cervelletto, dei suoi peduncoli e della protuberanza anulare, insieme ad un perfetto stato di salute dell'individuo. Virchow riferisce l'autopsia d'un ragazzo, il quale non avea presentato disturbi nella motilità e nella intelligenza, e che portava nell'emisfero sinistro un gliosarcoma della grossezza di un pugno. Freriches riporta osservazioni consimili, ed io ho assistito nel teatro di anatomia patologica di Napoli alla autopsia di un cadavere, il quale presen-

tava una parte dei corpi striati e dei talami ottici invasi da cangrena e da suppurazione, senza che in vita avesse presentato fenomeno alcuno atto a far sospettare una così grave lesione. Quel cadavere proveniva dalla clinica del professor Tommasi, e la sezione fu praticata dal Professore Petrone. Io conservo un pezzo di quei grossi gangli cerebrali così alterati, ed ho preso nota del fatto parendomi di gran lunga più importante di tutti gli altri di sopra citati.

CANCROIDE

Rafaele Temelli, da Sassari, di anni 55, celibe, di professione falegname, veniva accolto in questa sala chirurgica il 2 dicembre 1875. Figlio di genitori sani, è di buona costituzione, di regolare sviluppo scheletrico, alquanto denutrito. Nel passato non ha mai sofferto malattia alcuna all'infuori di qualche febbre parossistica da malaria, presto vinta con l'amministrazione di qualche preparato chinoideo.

Riferisce che da quattro mesi circa prima del suo ingresso allo spedale, una verruca ch'egli portava al lato interno della prima falange dell'anulare destro, conservatasi fino ad allora piccola ed indolente, prese ad aumentare giornalmente, quindi si esulcerò producendo marcia e recandogli sofferenze. Egli ne attribuiva la ragione agli atriti ed alla compressione che sulla parte ammalata esercitavano gli strumenti del suo mestiere, e lasciò per qualche tempo il lavoro; ma quando vide che malgrado tale precauzione il volume del tumore e la ulcerazione aumentavano, e che i dolori fattisi lancinanti non gli concedevano requie, decise di ricorrere a quest'ospedale per avere i soccorsi dell'arte.

Nell'esame dell'ammalato (2° giorno di sua degenza in clinica), si riscontrò al lato interno del terzo dito della mano destra un tumore convesso alla superficie, ristretto nel punto d'inserzione, perfettamente mobile e come peduncolato. Il suo diametro traversale misurava tre centimetri, il longitudinale uno e mezzo, era di colore bianco giallastro, d'aspetto granuloso, segregava del pus da tutta la sua superficie, e dava sangue facilmente e per le più lievi irritazioni. Le condizioni organiche dell'individuo erano scadute, iperplasici ed induriti i gangli epitrocleari ed ascellari dell'arto nel quale avea sede la lesione. Si fece diagnosi di epitelioma e nel 17 febbraio 1876 dal direttore della clinica ne fu praticata l'esportazione. Però le varie medicazioni tentate in prosieguo non valsero a determinare un principio di cicatrice nella ferita che seguì all'operazione; la neoplosia vi si svolse anzi più rigogliosa di prima, invase tutta la prima falange, la testa del terzo metacarpo ed i vicini tessuti molli. Si fu allora che si venne nella decisione di esportare il dito ammalato amputando nel terzo inferiore del metacarpo corrispondente, operazione che, sotto la mia direzione, io feci eseguire da uno studente del 6° anno. La ferita rimasta corse a rapida cicatrice, e sono già trascorsi due anni senzachè abbiasi a lamentare ripetizione di processo.

Il tumore esportato ha un colorito bianco giallastro, si spapola facilmente fra le dita, ma ha una consistenza maggiore della sostanza cerebrale della quale ha l'apparenza. Al taglio si presenta come un tessuto granuloso tenuto unito da sottili filamenti fibrosi. La prima falange del dito è scavata dalla neoplasia e trasformata in una sostanza simile alla neoplastica.

L'esame microscopico fece rilevare lo strato corneo costituito da cellule avvizzite e ricoperte di un detrito granuloso. Lo strato lucido era bene discernibile, ma in alcuni punti mancava insieme allo strato corneo. Lo strato di Malpighi è costituito da numeresi ordini cellulari sovrapposti gli uni agli altri, le dentellature di queste cellule sono molto sviluppate e di una rara chiarezza, gli elementi molto ingranditi contengono un protoplasma abbondante e refrangente. Dallo strato di Malpighi partono dei prolungamenti i quali penetrano profondamente nel derma, circondano la base delle papille e vanno a perdersi nel connettivo. Le cellule di questi propagoli sono più piccole delle altre distribuite nelle sezioni superiori, sono cigliate e ripetono i caratteri dello strato di Malpighi. In altri punti del tumore questi gettoni epiteliali si vedono strozzati e come peduncolati fra i fasci del connettivo del derma; in altri vedonsi dei nodi epiteliali (perle, cipolle) con cellule a disposizione concentrica schiacciate, e cornificate; nel centro di alcuni di questi nodi erano dei globi di apparenza colloidea. Le papille sono ricche divasi e di giovani elementi.

Le caratteristiche degli epiteli i quali ripetevano la forma delle cellule dello strato di Malpighi e l'analoga struttura degli elementi nei cilindri immersi nella sostanza del derma, ci fanno stabilire la diagnosi di cancroide di genesi dallo strato di Malpighi, diagnosi avvalorata dalla forma macroscopica del tumore, essendochè nei cancroidi di genesi glandolare (cancro liscio) minima sia la zona neoplastica di elevazione a causa della rapida e profonda ulcerazione (Chrön).

Come causa di questa neoplasia non potè stabilirsi una predisposizione acquisita o congenita, e bisogno starsene al criterio etiologico somministrato dalle irritazioni

meccaniche che doveano prodursi sulla mano del malato pel maneggio degli strumenti della professione.

Il corso della neo-formazione patologica fu lentissimo in principio, rapidissimo nelle fasi successive. Finchè la neoplasia era costituita da una semplice iperplasia delle papille formante sulla cute la escrescenza verrucosa, non manifestò segno alcuno di crescimento; ma col risveglio delle attività formative degli epiteli, si ebbe un rapidissimo svolgimento del tumore, proliferazione ed immersione degli elementi dello strato di Malpighi negli spazii interpapillari, ed esiti di ulcerazione e di necrobiosi. Non vi è quindi dubbio che questa neoformazione debba annoverarsi fra le neoformazioni d'indole maligna. In questo senso depone la rapidità delle sue fasi evolutive, l'abbondanza degli epiteli ricchi di protoplasma, i numerosi zaffi epiteliali che in ogni parte penetravano il derma, la povertà relativa delle perle epiteliche, l'ingorgo dei gangli linfatici, ecc. Nella struttura del tumore potea vedersi un avviamento alla trasformazione cancerosa, e quando fosse stato abbandonato a se stesso, le immersioni epiteliali avrebbero finito per rimanere strozzate, staccarsi e proliferare per loro conto, chiamando in partecipazione il connettivo circumambiente e determinando le metastasi proprie delle affezioni cancerigne. Giova sperare che le iperplasie ghiandolari delle quali abbiamo fatto cenno, non fossero che adenopatie di natura irritativa, le quali insorgono e si dileguano con l'insorgere e dileguarsi dei focolai d'irritazione; auguriamoci pure che con l'allontanare un fomite d'infezione necessaria siasi tolta ogni ragione di ripetizione e diffusione di processo. Forse però quelle iperplasie ghiandolari costituiscono una trista disposizione locale che tacitamente fa il tempo necessario per giungere a maturità.

La sede nella quale abbiamo osservato questa neoplasia non è certamente quella che più di frequente è preferita dai cancroidi. Con maggiore facilità lo riscontriamo sul naso, sul labbro inferiore, sulla mucosa bucale, lingua, palpebre e genitali. Nella mano il cancroide predilige il dorso, ed è il cancro piatto (ulcera rodente di Hutchinson, lupus di altri) la varietà che d'ordinario vi ritroviamo.

Se volessi passare in rivista le dispute tutte che si sono fatte sugli epitelioni, le varie classifiche che ne seguirono, le diverse nomenclature invalse a seconda del punto di vista nel quale si sono collocati gli anatomo-patologi; se tutte volessi dilucidare le questioni fisio-patologiche che si collegano a queste neoplasie, od anco limitarmi ad un quadro dello stato attuale della scienza al riguardo, mi allontanerei di troppo dai limiti concessi all'analisi del nostro tumore. Entreremo in queste ampie disquisizioni quando potrò farvi, come mi prometto, un corso ordinato di lezioni su tutti i neoplasmi. Di un punto però io voglio qui tenervi parola, siccome di massimo interesse scientifico, e più che mai contrastato e dibattuto nelle varie scuole: voglio dire della genesi degli epiteliomi.

Gli anatomo-patologi nel trattare della genesi e proprietà degli epiteliomi, prendono le mosse dai foglietti del blastoderma. Come sapete, dal foglietto superiore o corneo, e dall'inferiore o mucoso, provengono tutti gli epiteli siano semplici siano chiandolari; dal foglietto medio si svolgono gli endoteli. Applicando le idee di Remak alla destinazione immutabile dei foglietti blastodermici, ne deriva che dallo strato inferiore e superiore del blastoderma non possono nascere che epiteli, mentre l'endotelio, inerentemente alla sua istogenesi, può comportarsi come i tessuti

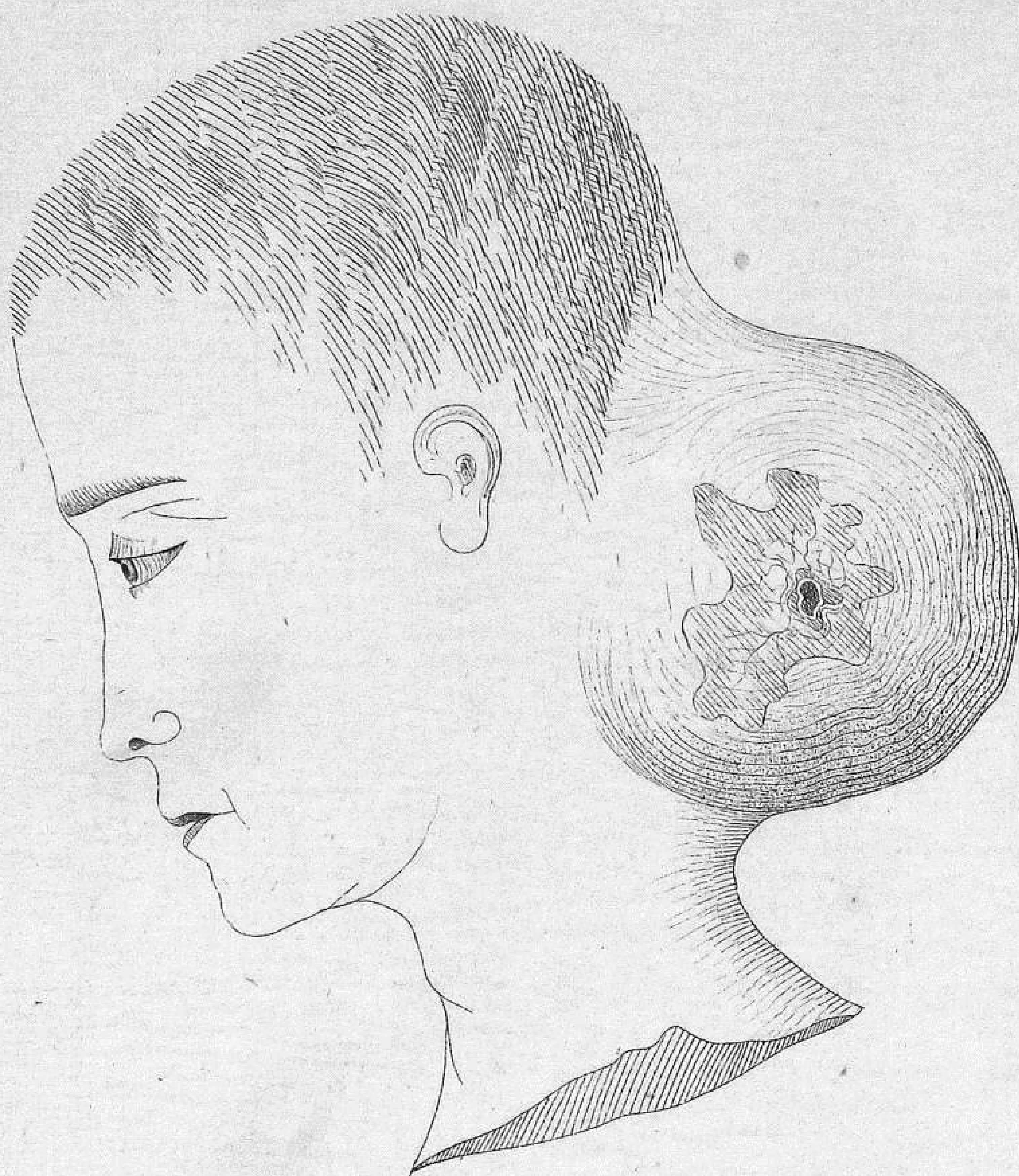
congiuntivi. Ora nasce la questione se gli epiteliomi provengono sempre da cellule epiteliali preesistenti, o se possono ancora trarre origine dai corpuscoli del tessuto connettivo. La separazione tra gli elementi epiteliali e quelli di connettivo è sostenuta da Waldeyer, Thiersch, Billroth, ecc., Virchow, Friedreich, Lucke, Klebs (copulazione), Rindfleisch (azione di presenza), ecc., propugnano la tesi contraria. Cornil e Ranviér affermano d'avere veduto qualche volta la trasformazione diretta in cellule epiteliali delle vicine cellule embrionali, e Chrön nelle sue lezioni sui tumori ammette che alcuni epiteli provengano dal connettivo e dagli endoteli dei vasi linfatici e sanguigni.

Quanto a noi gli elementi dei tumori non differiscono dagli elementi embrionali e dell'organismo adulto, e gli atti patologici non sono che atti igiologici esagerati. Da ciò la nostra difficoltà ad intendere come dalle cellule migratorie e da quelle dei connettivi possano generarsi gli epiteli e i cancri; da ciò la nostra riluttanza ad ammettere che gli elementi del foglietto medio possano trasformarsi in elementi del foglietto superiore ed inferiore del blastoderma. Naturalmente si presentano esperimenti e fatti clinici da una parte e dall'altra e pareva che l'Armanni avesse dimostrato sperimentalmente la trasformazione delle cellule del parenchima corneale in cellule epiteliali; ma Durante contrappose che quei cilindri cellulari dopo qualche tempo si trasformano in tessuto fibroso.

Senza scuotere irragionevolmente le basi della moderna istogenia, noi possiamo trovar modo di spiegarci la produzione di quei cancri primitivi descritti da Virchow e da Weber. Le metastasi locali e a distanza, le inclusioni congenite dello strato superiore del blastoderma, i zaffi epiteliali che si approfondiscono e si staccano nella evoluzione degli epiteliomi semplici, i movimenti propri dei giovani

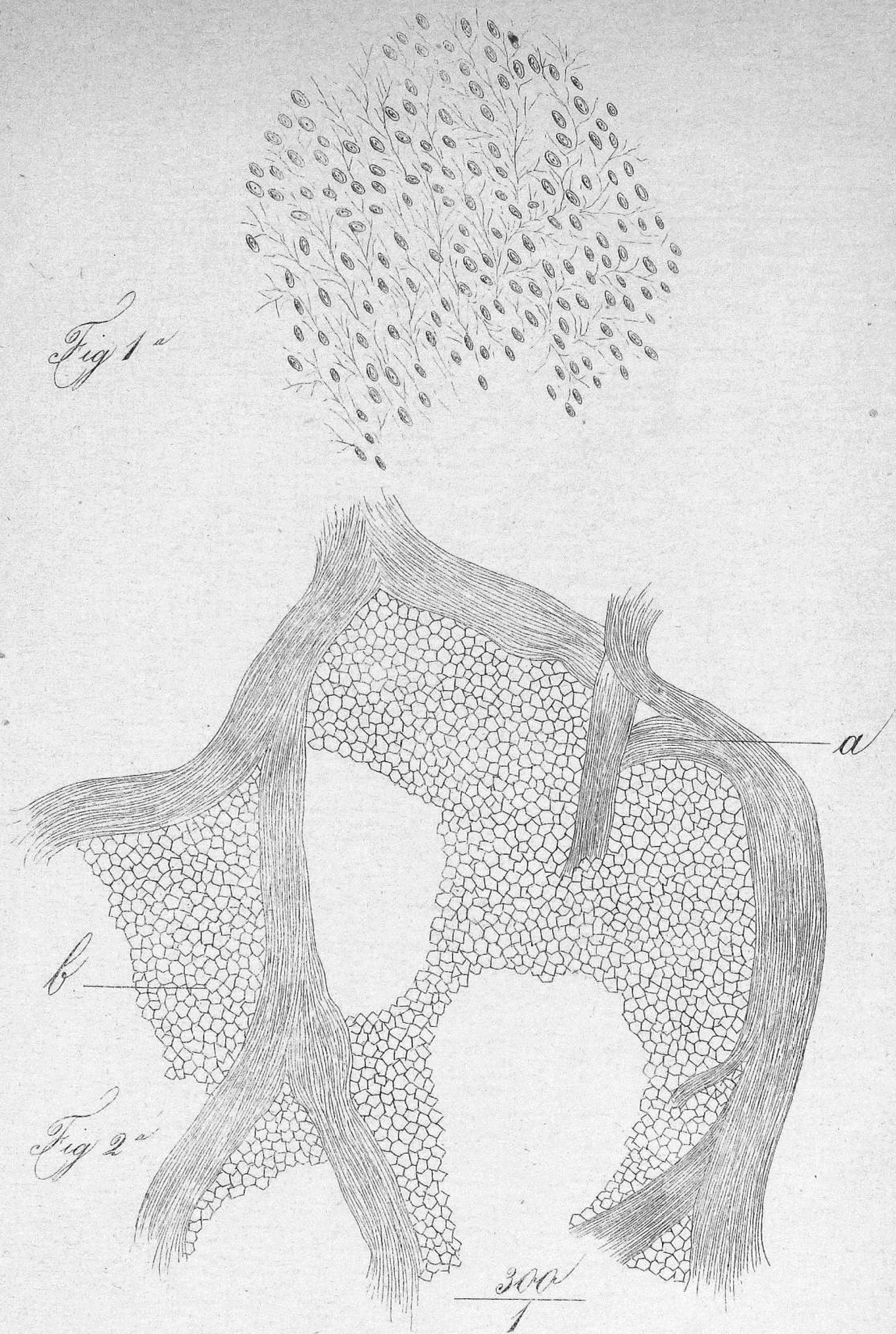
elementi epiteliali osservati da Tommasi Crudeli e da Cormalt, possono benissimo spiegare la produzione dei cancri così detti di genesi connettivale.

Chiudendo dirò che le neoplasie costituite da epitelio, provengano da epiteli preesistenti, ed hanno per carattere generico un corso evolutivo necessario che conduce alla fase carcinomatosa. In questa legge rientra il tumore del quale abbiamo intrapreso lo studio. Forse la somiglianza di struttura di questi tumori in alcuni periodi del loro sviluppo, il decorso inosservato di alcuni momenti evolutivi intermedi, e la somiglianza nell'esito finale ha contribuito a creare le difficoltà e dar corpo alle dispute che furono e sono tuttora vive nella scienza.



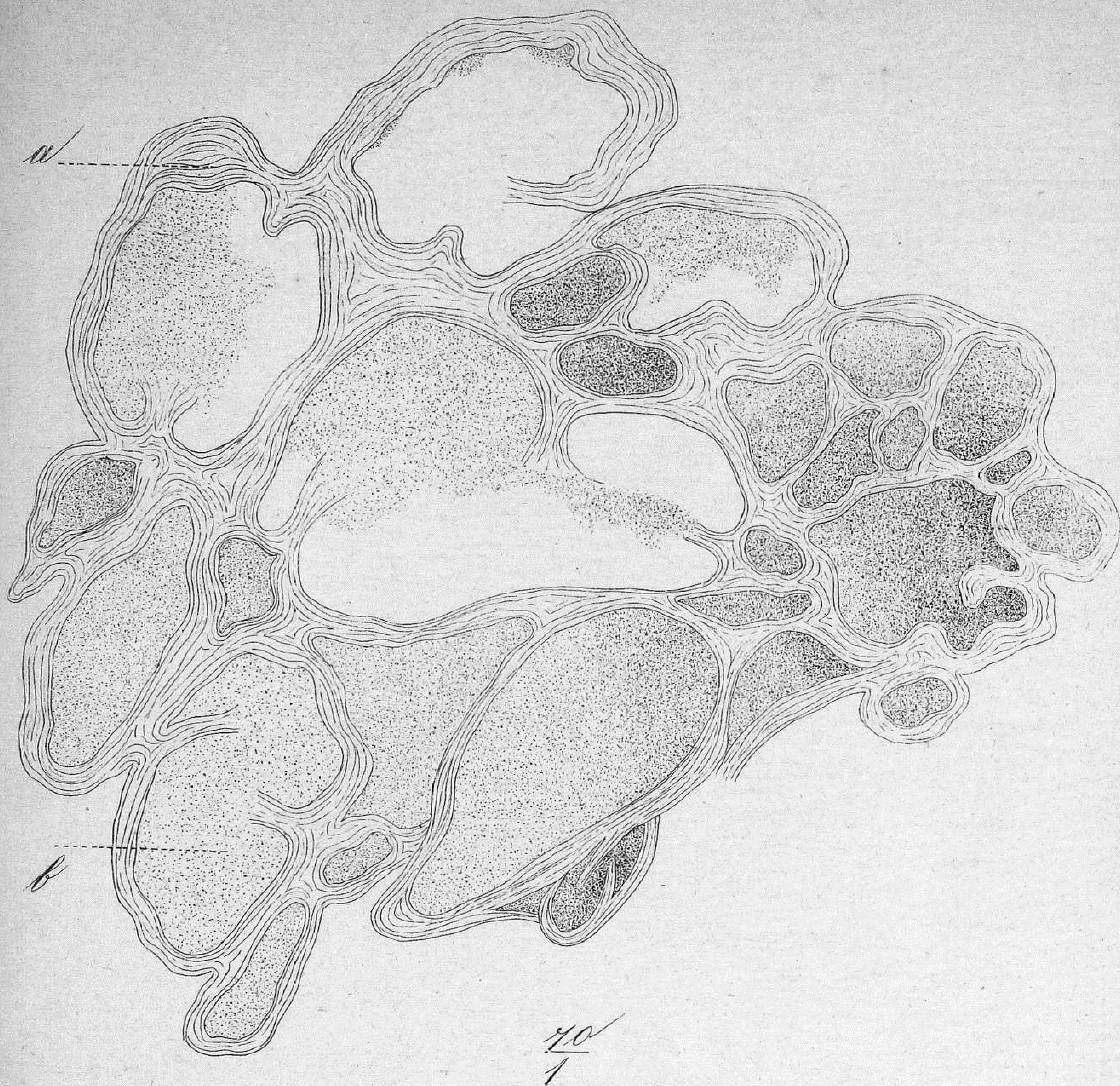
Sarcoma osteoide

Sassari, S. Dessena *incise.*



Sarcoma osteoide cavernoso: *Fig.* 1ª Tessuto sarcomatoso. *Fig.* 2ª Tessuto cavernoso; *a, setti fibrosi limitanti gli spazii cavernosi; b, sangue contenuto negli spazii cavernosi* (LIQUIDO DI BEALE — ACIDO ACETICO — GLICERINA — HARTNACK 3-7)

Dott. A. CONTI GAMBARELLA *prep. e dis.* *Sassari,* S. Dessena *incise.*



Tessuto cavernoso del tumore visto ad un ingrandimento di settanta diametri; a, pareti fibrose limitanti gli spazii cavernosi; b, spazii cavernosi ripieni di sangue (LIQUIDO DI BEALE — ACIDO ACETICO — GLICERINA — HARTNACK 3-4)

Dott. A. CONTI GAMBARELLA *prep. e dis.* Sassari, S. Dessena *incise.*

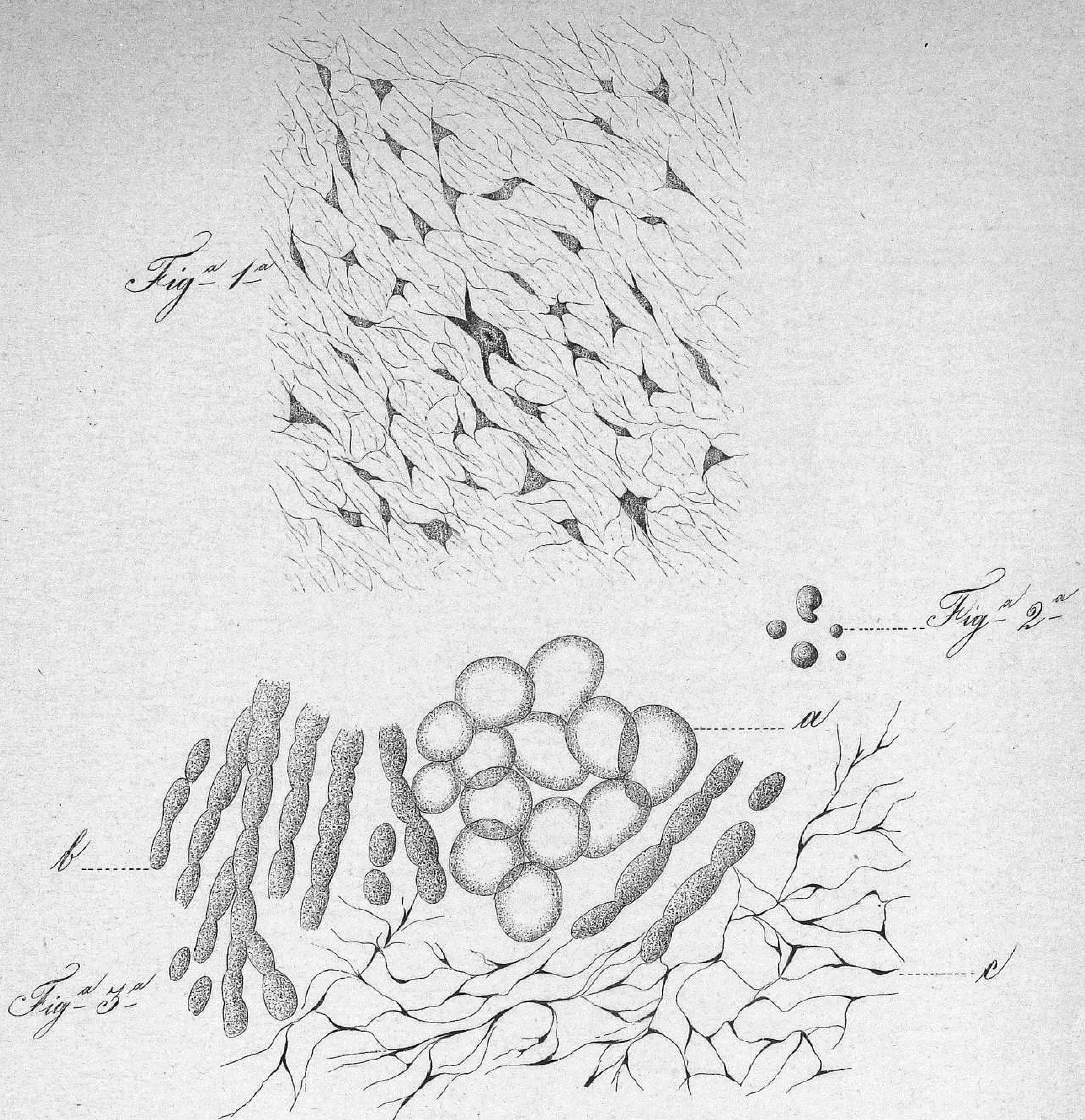
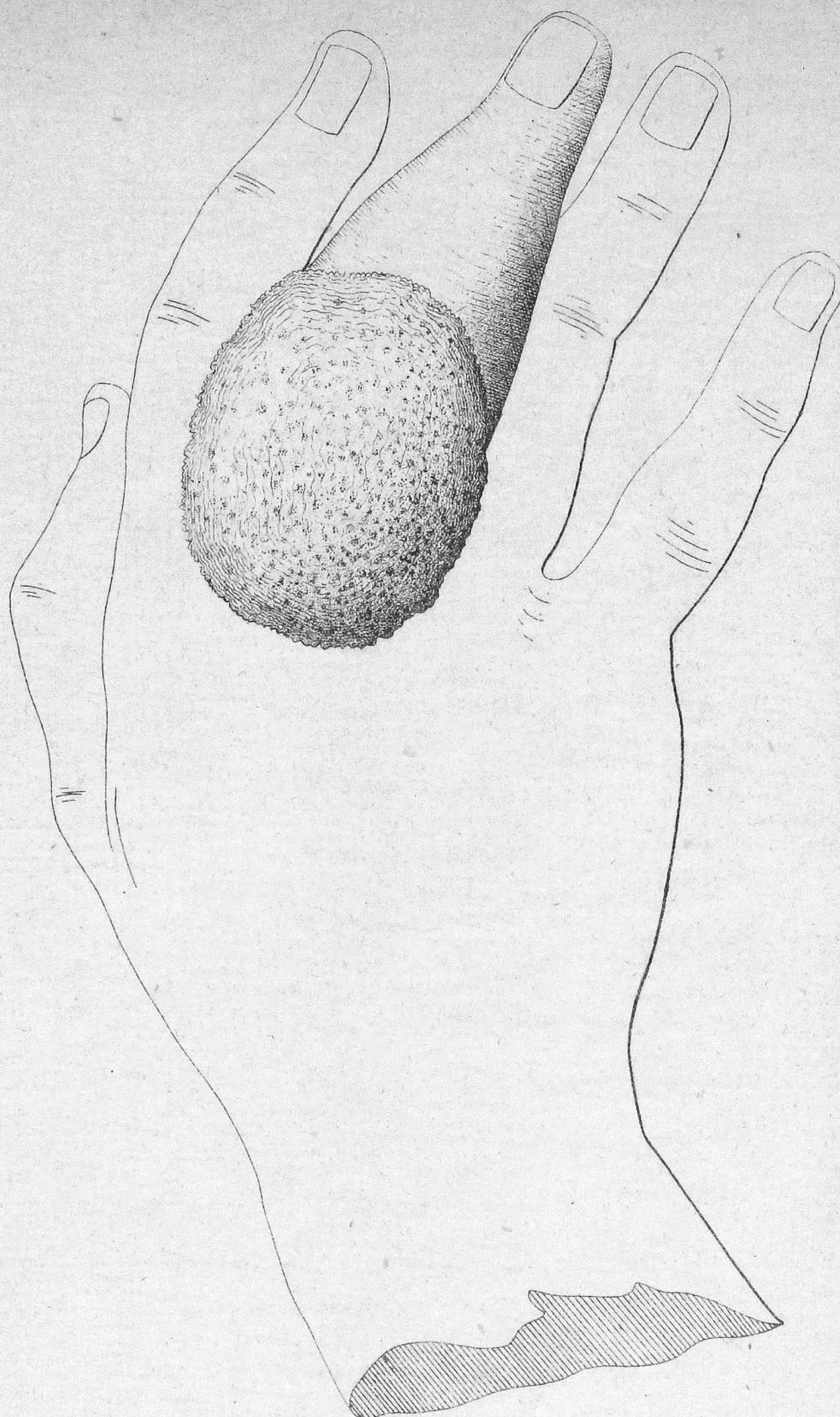


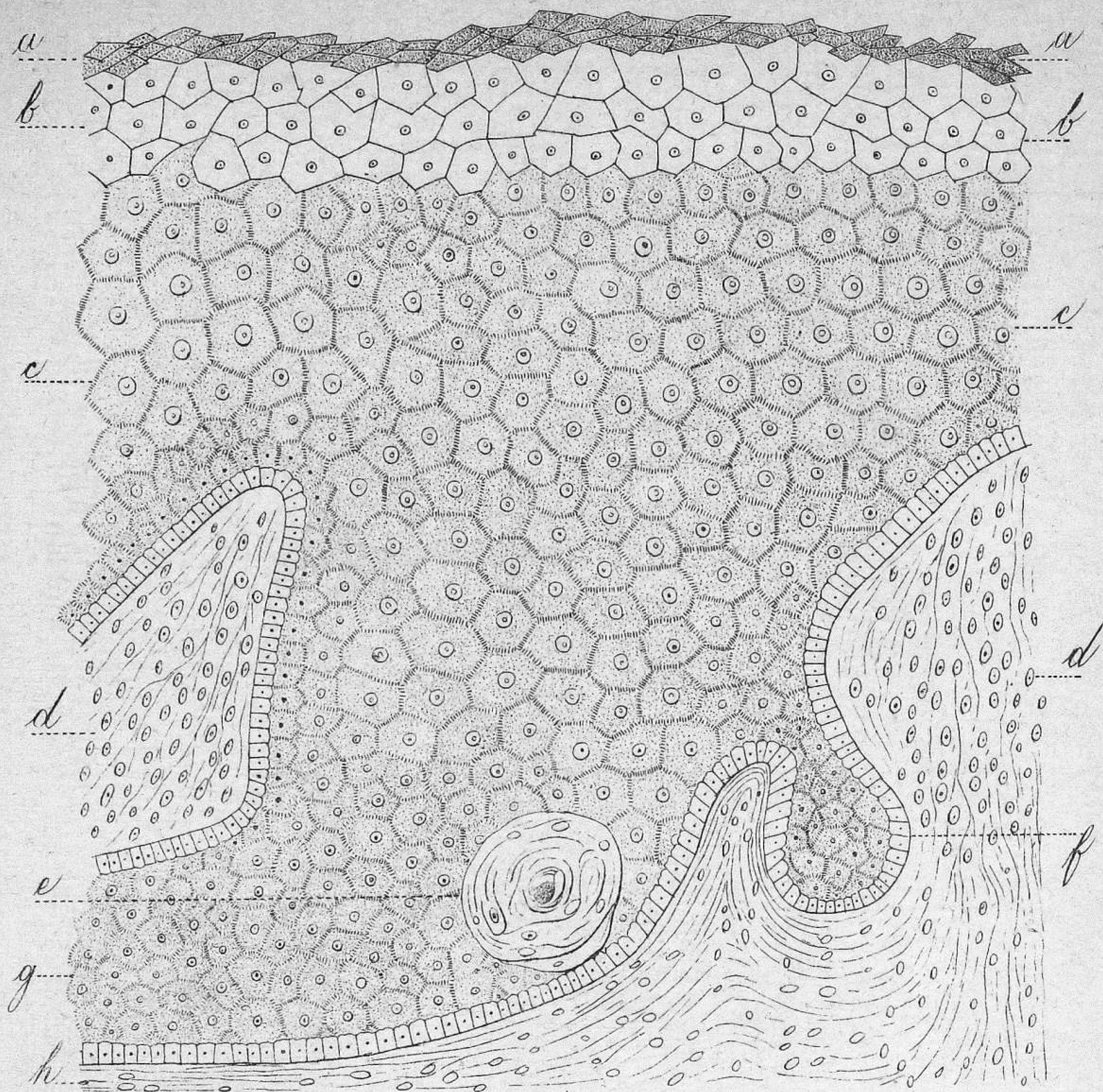
Fig. 1ª Tessuto osteoide (300-1). Fig. 2ª Concrezioni calcaree (grandezza naturale). Fig. 3ª Sezione eseguita sulla parte fibrosa del tumore (70-1); a, cellule adipose; b, fibre muscolari striate atrofiche con degenerazione grassa; c, corpuscoli e canalizzazione del tessuto fibroso (LIQUIDO DI BEALE — ACIDO ACETICO GLICERINA — HARTNACK (3-7, 3-4).

Dott. A. CONTI GAMBARELLA *prep. e dis.* *Sassari*, S. Dessena *incise.*



Caucroide

Dott. A. CONTI GAMBARELLA *dis.* Sassari, S. Dessena *lit.*



Cancroide (300-1); a, strato corneo; b, strato lucido; c, strato di Malpighi; d, papille; e, gemma epiteliale; f, cilindro epiteliale introflesso; g, prolungamento dello strato di Malpighi; h, stroma di sostegno (LIQUIDO DI BEALE — GLICERINA — HARTNACK (3-7).

Dott. A. CONTI GAMBARELLA dis.
e preparò

Sassari, S. Dessena lit.